# 診療情報提供書（ウイケア施設　通所・入所判定用）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 氏名 | | 男・女 | 明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳） | |
| 住所 | | | | 身長　　ｃｍ<br>体重　　ｋｇ |
| 機能障害の有無 | 視覚 | 聴覚 | 言語 | 四肢 |
| 既往歴 | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 現　症 | 呼吸器<br>胸部X-P | | 伝染性疾患<br>皮膚病等 | |
| | 循環器<br>心電図検査 | | 栄養状態 | |
| | 消化器 | | むくみ | |
| | アレルギー<br>疾患 | | 褥瘡 | |
| | 認知症 | | その他 | |
| | 治療中の疾病<br>及び治療経過<br>処方内容 | | | |

| | |
|---|---|
| | 血圧　　～　　ｍｍＨｇ |
| | HBｓ抗原(　　)　HBｓ抗体（　　）　HCV抗体（　　） |
| | 梅毒反応　（方法）　　（結果） |
| | WBC（　　）RBC（　　）Hb（　　）Ht（　　）PLT（　　）<br>GOT（　　）GPT（　　）γ－GPT（　　）BUN（　　）CREA（　　）<br>総コレステロール（　　）BS（　　）アルブミン（　　） |
| | 尿　蛋白（　　）　糖（　　）　ウロビリノーゲン（　　） |

| |
|---|
| 本人及び家族の要望 |
| 現状の問題点・課題（今後予想されるリスク） |

上記の通り診断いたします。

年　　月　　日

医療機関名

住　　所

電話番号

医　　師　　㊞